



LOKMAN HEKİM
ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİ PANELİ

Acil Serviste Kritik Vaka Yönetimi

ÖZET KİTABI

Editörler

Dr. Öğr. Üyesi Aslı Türkmen Demir
Doç. Dr. Cemile Özsürekci

2026





LHÜ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİ PANELİ

Acil Serviste Kritik Vaka Yönetimi

11 Nisan 2026, Cumartesi / LHÜ A Blok -1. Kat Konferans Salonu

Onursal Başkanlar
Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN / Rektör
Prof. Dr. Mehmet DOĞANAY / Dekan

Başkanlar
Cemre DAL / LHÜ Tıp Fakültesi Kanıta Dayalı Tıp Öğrenci Topluluğu
Ayşenur TUKAOĞLU / LHÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Topluluğu

Panel Koordinatörleri
Dr. Öğr. Üyesi Aslı TÜRKMEN DEMİR
Merve Nur YILMAZ
Yiğit KILTAN

PANEL ÖZET KİTABI

ISBN: 978-605-71144-7-1

EDİTÖRLER

Dr. Öğr. Üyesi Aslı Türkmen Demir
Doç. Dr. Cemile Özsürekcı

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ	4
PANEL HAKKINDA	5
KURULLAR	6
PROGRAM AKIŞI	7
KONUŞMA ÖZETLERİ	9
Approach to Acute Abdominal Pain	9
Acil Serviste Anafilaksi Yönetimi	10
Acil Serviste Bilinç Bozukluğuna Sistematiik Yaklaşım	12
Akut Solunum Yetmezliğine Yaklaşım	13
Acil Serviste Şok Yönetimi	14
Göğüs Ağrısı Yönetimi	15
Acil Serviste Aritmi Yönetimi	16
Travmalı Hastaya Sistematiik Yaklaşım	18
Kardiyak Arrest Yönetimi	19
ÇALIŞMA VE VAKA BİLDİRİMİ ÖZETLERİ	20
Akciğer Adenokarsinoma Hücrelerinde Tlr4 Aracılı Aktivasyonun Er Stresi ve Glikoliz Metabolizmasıyla İlişkili Genlerin Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması	20
Üriner Sistem Enfeksiyonu Etkenlerinin ve Antimikrobiyal Direnç Paternlerinin Değerlendirilmesi: Bir Yıllık Retrospektif Analiz	22
Bakteriyel lipopolisakkarit ve COVID-19 kaynaklı enfeksiyonlarında immün sistem ilişkili ifade değişimlerinin Elisa yöntemi ile araştırılması	26
Acil Servise Başvuran Yaşlı Hastaların Başvuru Sebepleri Ve Organ Sistemlerine Göre Değerlendirilmesi	28
Parkes Weber Syndrome: A Review and Case Presentation of a Co-occurring MAP2K1 Variation	29
Ektopik Gebelik Şüphesi-Over Kist Ruptürü Açısından Değerlendirilen Jinekolojik Bir Acil	30
Gebelikte Gelişen Supraventriküler Taşikardinin Tedavisi	31
İlk Psikotik Atak	32
Acil Serviste Panik Bozukluk	33
Emergency Coronary Artery Bypass Grafting in Acute Anterior Myocardial Infarction: A Case Report	34
KATILIMCI VE KATKI SUNANLAR DİZİNİ	35

ÖN SÖZ

Üniversitelerin temel işlevlerinden biri, bilgiyi üretmek, paylaşmak ve genç kuşakların bilimsel düşünme yetkinliğini geliştirmektir. Öğrencilerin üniversite eğitimleri sırasında bilimsel etkinliklere aktif olarak katılmaları ve sorumluluk üstlenmeleri onları araştırma kültürü ile erken dönemde tanıştırmakla kalmayacak; etkili iletişim, problem çözme, eleştirel düşünme, ekip çalışması, liderlik gibi becerilerini de geliştirecektir.

Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci Paneli, 2021–2022 eğitim-öğretim yılında başlatılmıştır. 11 Nisan 2026 tarihinde beşincisi düzenlenen panel “Acil Serviste Kritik Vaka Yönetimi” başlığıyla gerçekleştirilmiştir. Öğretim üyelerimizin akademik danışmanlığında ve öğrencilerimizin yoğun çabaları ile yürütülen bu paneller aynı zamanda bilimsel iş birliği, paylaşım ve ekip çalışmasının anlamlı birer örnekleridir. Bu yıl gerçekleştirilen panelde acil tıbbın güncel ve önemli başlıklarını ele alan konuşmalar ve vaka bildirimleri, öğrencilerimizin hem mesleki gelişimine hem de bilimsel paylaşım kültürüne önemli katkılar sunmuştur.

Elinizdeki panel özet kitabı, öğrencilerimizin etkinlik sürecinde ortaya koydukları akademik emeğin kalıcı bir çıktısı olarak hazırlanmıştır. Önümüzdeki yıllarda öğrenci merkezli bilimsel etkinliklerin güncel sağlık konularını geniş kapsamlı bir bakış açısıyla ele alacak şekilde sürdürülmesi ve disiplinler arası etkileşimi güçlendiren geniş katılımlı bilimsel toplantılara dönüşmesi en önemli temennilerimizden biridir.

Bu vesileyle, etkinliğin düzenlenmesinde ve bilimsel içeriğinin oluşturulmasında katkı sunan öğrencilerimize, rehberlik eden öğretim üyelerimize, destek veren üniversitemiz çalışanlarına, konuşmacılarımıza ve katılımcılarımıza içtenlikle teşekkür ediyorum. Bu kıymetli çalışmanın gelecek yıllarda daha da güçlenerek devam etmesini ve yenilikçi fikirlere ilham vermesini diliyorum.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN
Rektör

PANEL HAKKINDA

Öğrenciler tarafından planlanan ve yürütülen bilimsel etkinlikler, tıp eğitiminin önemli ve geliştirici bir parçasıdır. Bu tür organizasyonlar, öğrencilerin bilimsel düşünme, sunum yapma, tartışma yürütme ve akademik paylaşım kültürüne aktif katılımını desteklemektedir.

Acil Serviste Kritik Vaka Yönetimi Öğrenci Paneli, bu anlayış doğrultusunda öğrenciler tarafından düzenlenen LHÜ Tıp Fakültesi Kanıta Dayalı Tıp Öğrenci Topluluğu Başkanı Cemre Dal ve LHÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Topluluğu Başkanı Ayşenur Tukaoğlu’nun eş başkanlığında yürütülen, öğretim üyelerinin akademik danışmanlığı ile desteklenen bir bilimsel etkinlik olarak gerçekleştirilmiştir. Panelin amacı; acil serviste kritik hastaya yaklaşım, hızlı değerlendirme, klinik önceliklendirme ve karar verme süreçlerine ilişkin farkındalığı artırmak ve öğrencilerin bilimsel sunum deneyimini güçlendirmektir.

Bu etkinlik, fakültemizde öğrenciler tarafından düzenlenen bilimsel toplantıların devamı niteliğindedir. Daha önce gerçekleştirilen paneller, bu gelişim çizgisini ortaya koymak amacıyla kronolojik sıra içinde sunulmuştur:

- LHÜ Tıp Fakültesi Öğrenci Paneli 2021 – 2022: Tıp Öğrencisi Gözüyle Covid-19 Pandemisi
- LHÜ Tıp Fakültesi Öğrenci Paneli 2022 – 2023: Kolonun Hastalıkları
- LHÜ Tıp Fakültesi Öğrenci Paneli 2023 – 2024: Afetler ve Sağlık Hizmetleri
- LHÜ Tıp Fakültesi Öğrenci Paneli 2024 – 2025: Yaşlı Sağlığı ve Bakımının Temel İlkeleri
- **LHÜ Tıp Fakültesi Öğrenci Paneli 2025 – 2026: Acil Serviste Kritik Vaka Yönetimi**

Panel programında ayrıca, etkinliğe bilimsel bir çerçeve kazandıran bir açılış konferansı oturumu da yer almaktadır. Bu oturumda, Prof. Dr. Afşin Emre Kayıpmaz tarafından gerçekleştirilen **“Dakikaların Hayat Kurtardığı Anlar: Acil Serviste Kritik Vaka Yönetimi”** başlıklı konuşma ile panelin ana temasına bütüncül bir bakış sunulması amaçlanmıştır.

Bu yıl panel formatında gerçekleştirilen organizasyonun, gelecek yıldan itibaren kapsamı genişletilerek bir sempozyum olarak sürdürülmesi planlanmıştır. Böylece öğrenci katılımının, akademik üretimin ve bilimsel paylaşımın daha da güçlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Elinizdeki özet kitabı, panel kapsamında sunulan konuşma özetleri ve vaka bildirimlerini bir araya getirerek etkinliğin bilimsel içeriğini kayıt altına almak amacıyla hazırlanmıştır.

KURULLAR**ONURSAL BAŞKANLAR**

Prof. Dr. Fatih Gültekin / Rektör
Prof. Dr. Mehmet Doğanay / Dekan

BAŞKANLAR

Cemre Dal / LHÜ Tıp Fakültesi Kanıta Dayalı Tıp Öğrenci Topluluğu
Ayşenur Tukaoğlu / LHÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Topluluğu

PANEL KOORDİNATÖRLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Aslı Türkmen Demir
Merve Nur Yılmaz
Yiğit Kiltan

DÜZENLEME KURULU**ÖĞRENCİLER**

Beray Yıldız
Beyza Nur Bayyurt
Dilşat Çetinalp
Ediz Utku Demircan
Elif Şahin
Erten Boztaş
Ertuğrul Akıncı
Faruk Emre Bolat
Hasan Hüseyin Uçar
Indira Pasheava
Mehmet Barkın Erçin
Nevzat Görkem Ertaş
Nursena Aykut
Rıfat Utku Karabudak
Seher İrem Aksakal
Semiha Açıkyörük
Sibel Can
Şuayip Dünder

ÖĞRETİM ÜYELERİ

Prof. Dr. Alper Bilal Özkardeş
Prof. Dr. Sarp Üner
Doç. Dr. Cemile Özsürekci
Doç. Dr. Elif Hilal Vural
Doç. Dr. Yusuf Açıkgöz
Dr. Öğr. Üyesi Güleser Göktaş
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Akdoğan
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Sait Din

PROGRAM AKIŞI

PANEL PROGRAMI Panel Program		
SAAT Time	KONU / KONUŞMACI Topic/ Speaker	MODERATÖR Moderator
09.00 - 09.30	Açılış Konuşmaları Opening Ceremony Protokol	
09.30 - 10.00	Açılış Konferansı / Opening Conference “Dakikaların Hayat Kurtardığı Anlar: Acil Serviste Kritik Vaka Yönetimi” Prof. Dr. Afşin Emre Kayıpmaz	Prof. Dr. Alper Bilal Özkardeş
10.00 - 10.15	ARA - Break	
10.15 - 11.00	I. OTURUM: TEMEL YAKLAŞIM - ACİLDE İLK KARAR Session I: Foundations Of Decision-Making in Emergency Care Akut Karın Ağrısına Yaklaşım, Anafilaksi Yönetimi ve Bilinç Bozukluğuna Sistematiik Yaklaşım <i>Approach to Acute Abdominal Pain, Management of Anaphylaxis and Systematic Approach to Altered Mental Status</i>	OTURUM BAŞKANLARI Dr. Öğr. Üyesi Adnan Bulut Elif Su Aslanbaş Ezel Karabacak
11.00 - 11.15	Tartışma - Discussion	
11.15 - 11.30	ARA - Break	
11.30 - 12.15	II. OTURUM: KLİNİK BOZULMA VE YÖNETİM Session II: Clinical Deterioration and Management Akut Solunum Yetmezliğine Yaklaşım, Acil Serviste Şok Yönetimi ve Göğüs Ağrısı Yönetimi <i>Approach to Acute Respiratory Failure, Shock Management in the Emergency Department and Management of Chest Pain</i>	OTURUM BAŞKANLARI Doç. Dr. Cemile Özsürekci Ayşegül Karaca Efekan Özdemir
12.15 - 12.30	Tartışma - Discussion	
12.30 - 13.30	ÖĞLE ARASI - Lunch Break	
13.30 - 14.15	III. OTURUM: ZAMAN KRİTİK ACİLLER Session III: Time-Critical Emergencies Aritmi Yönetimi, Travmalı Hastaya Sistematiik Yaklaşım ve Kardiyak Arrest Yönetimi <i>Arrhythmia Management, Systematic Approach to the Trauma Patient and Cardiac Arrest Management</i>	OTURUM BAŞKANLARI Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Akdoğan Ergün Kaan Toker Azra Pınar
14.15 - 14.30	Tartışma - Discussion	
14.30 - 14.45	ARA - Break	

KONUŞMA ÖZETLERİ

PANEL PROGRAMI Panel Program		
SAAT Time	KONU / KONUSMACI Topic/ Speaker	MODERATÖR Moderator
14.45 - 15.45	IV. OTURUM: ÖĞRENCİ BİLİMSEL SUNUMLARI Session IV: Student Research Presentations Bilimsel Çalışmalar ve Klinik Vaka Sunumları <i>Research and Clinical Case Presentations</i>	OTURUM BAŞKANLARI Doç. Dr. Elif Hilal Vural Pınar Meral Abdurrahman Seyidhan Söylemez
15.45 - 16.00	Tartışma - Discussion	
16.00 - 16.30	Konuşmacı Belgelerinin Takdimi <i>Presentation of Speaker Certificates</i> Değerlendirme ve Kapanış <i>Evaluation & Closing Ceremony</i>	Cemre Dal Ayşenur Tukaoğlu Alper Bilal Özkardeş Cemile Özsürekci Aslı Türkmen Demir

Approach to Acute Abdominal Pain

Ayşenur Tukaoğlu, Alper Bilal Özkardeş

Lokman Hekim University Faculty of Medicine

Acute abdominal pain is one of the most common complaints of patients admitted to emergency units so correct evaluation of the patients is vital. The term “acute abdomen” refers to severe, sudden onset, possibly life-threatening abdominal pain that requires immediate diagnostic evaluation and appropriate treatment. It may be caused by inflammation, perforation, obstruction or ischemia. 5–12% of all patients presenting to emergency departments complain of acute abdominal pain and 15–20% of them need an intervention or operation so every physician should know the details of it. There are 2 types of causes of acute abdomen: according to factor which is intra- or extra-abdominal and localization. Classification according to localization is made by pain originating from different locations that corresponds to different places of pain in the body. Generally acute abdomen isn't only seen with abdominal pain but also accompanied by common gastrointestinal symptoms such as nausea, diarrhea, tenderness, uncommon bowel sounds and fever. Along these, urological or gynecological symptoms may also be seen. There are 4 main steps of evaluation of acute abdomen: History, Physical Examination, Laboratory Tests and Radiological Imaging Procedures. History follows “Onset, Provoking Factors, Quality, Region, Severity and Timing” order. After these, physical examination should be performed, starting with vital signs and continuing in the order of “Inspection, Auscultation, Percussion, and Palpation”. Physicians should be aware of increased risk in patients with generalized weakness, impaired physical and mental performance, circulatory instability, manifestations of shock, increasing pain and sepsis. During laboratory tests complete blood count, serum electrolytes, lactate level, all urinalysis, amylase/lipase, coagulation tests, beta HCG, liver and kidney function tests in case of related suspicion should be evaluated. In the emergency room, venous blood gas analysis and blood type determination are important. Finally, plain abdominal X-RAY, FAST ultrasonography (USG), abdominal USG and computed tomography (CT) are used in radiology. While USG provides fast and non-radiation needed information, CT gives a more precise diagnosis and required in serious cases. For treatment, the underlying cause should be clarified and the need for urgent surgery must be decided.

References

1. Vaghef-Davari F, Ahmadi-Amoli H, Sharifi A, Teymouri F, Paprouski N. Approach to acute abdominal pain: practical algorithms. Adv J Emerg Med. 2019;4(2):e29.
2. Börner N, Kappenberger AS, Weber S, Scholz F, Kazmierczak P, Werner J. The acute abdomen: structured diagnosis and treatment. Dtsch Arztebl Int. 2025;122(5):137-144.

Acil Serviste Anafilaksi Yönetimi*Yiğit Kiltan, Bülent Bozkurt**Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Anafilaksi, ani başlayan, hızla ilerleyen ve hayatı tehdit edici bir sistemik hipersensitivite reaksiyonudur. Tanı ve ilk müdahalede hız, sağkalım için en kritik faktördür. Neden kritiktir? Kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, deri ve mukozalar, gastrointestinal sistem (GİS) tek ya da kombine şekilde etkilenir. Ani başlangıçlı olduğu için dakikalar hatta saniyeler içerisinde gelişip çok hızlı bir biçimde klinik tablo kötüleşebilir.

Dakikalar ile saatler içinde aniden başlayan cilt, mukoza veya her ikisinin birden tutulumu (örn. yaygın ürtiker, kaşıntı, kızarıklık, dudak/dil/uvula şişliği) ve aşağıdakilerden en az birinin varlığı:

- A. Solunum sisteminin etkilenmesi: Dispne, hışıltı (vizing)/bronkospazm, stridor
- B. Dolaşım sisteminin etkilenmesi: Kan basıncında düşme veya uç organ disfonksiyonu belirtileri (hipotoni/kollaps, senkop).
- C. İnatçı GİS semptomlar: Özellikle gıda dışı alerjenlere maruziyet sonrası şiddetli kramp tarzı karın ağrısı, tekrarlayan kusma veya Bilinen/Olası Alerjene Maruziyet Sonrası Ani başlangıç
- Hasta için bilinen veya yüksek olasılıklı bir alerjene maruz kaldıktan sonra aniden ortaya çıkan hipotansiyon, bronkospazm veya larengeal tutulum ile tanı konulur.

İlk Müdahale (ABC+Adrenalin), varsa alerjenle teması kesilir, hasta sırt üstü yatırılır. Hasta değerlendirilir:

Airway(Havayolu): Entübasyon hazırlığı yapılır havayolu açık tutulur.

Breathing(Solunum): Solunum ve sesleri değerlendirilir oksijen maskesi ile destek verilir.

Circulation(Dolaşım) Nabız kontrolü yapılır, CPR ihtimali değerlendirilir, yardım çağırılır.

M.Vastus Lateralis bölgesine IM Adrenalin enjeksiyonu yapılır. ABC ile eş zamanlı yapıp hızlı olunması gerektiği unutulmamalıdır. Önerilen doz 0,01mg/kg (max 0,5 mg IM), her 5-15 dk bir tekrar, semptomlar kontrol altına alınana kadar. Destek Tedaviler hiçbir zaman adrenalinin yerini tutmaz ve adrenalin her zaman önceliklendirilmelidir, destek tedaviler verilirken adrenalin geciktirilmemelidir.

Sıvı infüzyonu, antihistaminikler, kortikosteroidler, bronkodilatörler, oksijen tedavisi destek tedavilerdir. Bifazik reaksiyon riskine karşı, hafif vakalarda 6-12, şiddetli vakalar 24 saate kadar gözlemlenmelidir. Taburcu edilirken hastaya adrenalin oto-enjektörü reçete edilip kullanımı detaylıca anlatılabilir. Sık yapılan hatalar asla unutulmamalıdır ve akılda bulundurulmalıdır. En sık yapılan hatalar adrenalin uygulamasında gecikme ve tekrardan kaçınma, yanlış uygulama yolu ve doz, ikincil tedavileri önceliklendirmek, hastayı kısa sürede oturtmak veya ayağa kaldırmak, hastayı gözlemlenmeden kısa sürede taburcu etmektir. Saniyeler içinde kötüleşebilen bir klinik tablodur, ekip çalışması ve hızlı müdahale hayat kurtarır.

Kaynaklar

1. World Allergy Organization. Anaphylaxis guidance 2020: diagnosis and management poster [Internet]. World Allergy Organization; 2020 Available from: https://www.worldallergy.org/media/PDFs/Anaphylaxis_Guidelines_Poster.pdf
2. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Fernandez Rivas M, Fineman S, et al. World Allergy Organization anaphylaxis guidance 2020. World Allergy Organ J. 2020;13(10):100472.
3. Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği. Anafilaksi Cep Rehberi [Internet]. 2021. Available from: https://www.aid.org.tr/wp-content/uploads/2021/03/Anafilaksi-Cep-Rehberi_2021.pdf

4. Shaker MS, Wallace DV, Golden DBK, Oppenheimer J, Bernstein JA, Campbell RL, et al. Anaphylaxis—a 2020 practice parameter update, systematic review, and GRADE analysis. J Allergy Clin Immunol. 2020;145(4):1082-1123.
5. UpToDate. Anaphylaxis: emergency treatment [Internet]. Waltham, MA: UpToDate. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/anaphylaxis-emergency-treatment>
6. McHugh K, Repanshek Z. Anaphylaxis: emergency department treatment. Emerg Med Clin North Am. 2022;40(1):19-32.

Acil Serviste Bilinç Bozukluğuna SistematiK Yaklaşım

Zehra Yıldırım, Ufuk Can

Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi

Bilincin sürdürülebilmesi için beyin sapındaki Ascending Retiküler Aktivasyon Sistemi (ARAS) ile bilateral serebral hemisferlerin bütünlüğü gereklidir. Bu yapılardan herhangi birinin yapısal veya metabolik etkilenmesi bilinç kaybına yol açabilir. Bilinç bozukluğu tek başına bir tanı değildir; birçok geri döndürülebilir ya da yaşamı tehdit eden bir durumun bulgusudur. Acil serviste yaklaşım her zaman ABCDE algoritmasına göre yapılmalıdır. Öncelikle havayolu, solunum ve dolaşım stabilize edilir. Nörolojik değerlendirmede Glasgow Koma Skalası (GKS) ve pupilla muayenesi temel öneme sahiptir. GKS ≤ 8 olan hastalarda entübasyon düşünülmelidir, ancak karar klinik bütünlük içinde verilmelidir. “Don’t miss” nedenler arasında hipoglisemi, hipoksi, opioid intoksikasyonu, status epileptikus, hipotansiyon ve hiperkapni yer alır. Eş zamanlı vital bulgular alınır ve parmak ucu kan şekeri mutlaka kontrol edilir; hipoglisemi acilde en hızlı düzeltilen ve atlanmaması gereken nedenlerdendir. Klinik şüpheye göre acil geri döndürülebilir durumlara hemen müdahale edilir: opioid aşırı dozu düşünülüyorsa nalokson, status epileptikus olasılığında ilk seçenek benzodiazepin olacak şekilde acil antikonvülsan tedavi gecikmeden başlanır.

Stabilizasyon sağlanır sağlanmaz kısa ve hedefe yönelik öykü alınır: başlangıç zamanı, dalgalanma varlığı, hastanın bazal mental durumu, yeni ilaçlar/zehirlenme olasılığı, travma ve enfeksiyon belirtileri sorgulanır. Hızlı fizik muayenede özellikle üç şey aranır: fokal nörolojik defisit (inme/kanama şüphesi), meningeal irritasyon bulguları (menenjit/ensefalit şüphesi) ve sistemik bozulma işaretleri (hipoksi, şok, sepsis). Ayırıcı tanıyı kaçırmamak için pratik bir çerçeve olarak “VİTAMİN E” hatırlanabilir: vasküler, infeksiyöz, travmatik/toksik, otoimmün, metabolik, iatrojenik, neoplastik/nörodejeneratif ve epileptik nedenler.

Tetkikler hastanın kliniğine göre seçilir; genellikle temel laboratuvarlar (kan sayımı, elektrolitler, böbrek-karaciğer fonksiyonları) ve gerektiğinde toksikoloji/idrar analizi istenir. Travma, fokal bulgu veya antikoagülan kullanımı varsa kontrastsız beyin BT önceliklidir. Nedeni açıklanamayan olgularda non-konvulsif nöbet açısından EEG, enfeksiyon şüphesinde uygun koşullarda lomber ponksiyon düşünülür. Yaşlılarda deliryum taraması yapılmalı; ağır ajitasyonda hastayı ve ekibi koruyacak şekilde hızlı, kontrollü sedasyon uygulanmalıdır. Anizokori, GKS hızlı düşüş, Cushing triadı, yeni gelişen fokal defisit, dekortike deserebre postür bu konunun ciddi ve acil müdahale gerektiren bulgularıdır.

Sonuç olarak bilinç bozukluğu, hızlı ve sistematiK değerlendirme gerektiren, erken müdahalenin prognozu belirlediği kritik bir acil durumdur. Algoritmik yaklaşım ve red flag bulguların erken tanınması mortaliteyi azaltmada anahtardır.

Kaynaklar

1. Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, Newman NJ, editors. Bradley and Daroff’s Neurology in Clinical Practice. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2022.
2. Neurocritical Care Society. Emergency Neurological Life Support (ENLS) [Internet]. Neurocritical Care Society. Available from: <https://www.neurocriticalcare.org/NCS-Learning-Center/ENLS>
3. American College of Emergency Physicians. Clinical policies [Internet]. American College of Emergency Physicians. Available from: <https://www.acep.org/patient-care/clinical-policies>

Akut Solunum Yetmezliğine Yaklaşım

Beray Temiz, Hüseyin Koşak

Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi

Akut Solunum Yetmezliği (ASY), solunum sisteminin dokuların metabolik gereksinimini karşılayacak düzeyde oksijen sağlayamaması ve/veya oluşan karbondioksiti uzaklaştıramaması ile karakterize klinik bir sendromdur. Alveoler gaz basınçlarına göre hipoksemik (Tip I) ve hiperkapnik (Tip II) olarak sınıflandırılır; ayrıca klinik seyir açısından akut ve kronik formları bulunur.

Tip I solunum yetmezliği, PaO_2 ’nin <60 mmHg olması ile karakterize hipoksemik tablodur. Temel patofizyoloji alveoler gaz değişimindeki bozulmadır. Başlıca nedenler arasında solunan havada oksijen azalması (yüksek rakım, toksik gaz inhalasyonu), difüzyon bozuklukları (interstisyel akciğer hastalıkları), ventilasyon-perfüzyon (V/Q) uyumsuzluğu (KOA, astım alevlenmesi, pulmoner emboli), intrapulmoner veya ekstrapulmoner şantlar (pnömoni, ARDS, kardiyak şantlar) ve mikst venöz kan desatürasyonu (anemi, kalp yetmezliği, şok) yer alır.

Tip II solunum yetmezliği, $PaCO_2$ ’nin 45 mmHg üzerinde olduğu hiperkapnik tablodur ve çoğunlukla alveoler hipoventilasyon sonucu gelişir. Nedenleri arasında solunum pompası bozuklukları (pnömotoraks, yelken göğüs), santral sinir sistemi baskılanması (ilaçlar, elektrolit bozuklukları, enfeksiyonlar, serebrovasküler olaylar), spinal motor nöron hastalıkları (ALS), periferik nöropatiler (Guillain-Barré), nöromüsküler kavşak hastalıkları (miyastenia gravis, botulizm) ve primer kas hastalıkları (DMD) bulunur. Ayrıca hiperkatabolik durumlarda artan CO_2 üretimi de sürecin gelişmesine katkıda bulunabilir.

Tip III solunum yetmezliği perioperatif dönemde görülür ve en sık nedeni atelektazi olup cerrahi sonrası gelişen bir V/Q uyumsuzluğu paterni olarak kabul edilir. Tip IV solunum yetmezliği ise şok durumlarında ortaya çıkar ve doku hipoksisi ile solunum kas disfonksiyonu temel mekanizmayı oluşturur.

ASY Kliniği; dispne, takipne, yardımcı solunum kası kullanımı, paradoksik solunum hareketleri gibi solunumsal bulgular ve siyanoz, bilinç değişikliği, baş ağrısı, huzursuzluk gibi hipoksemi bulgularıyla yansımaktadır.

ASY Tanısı genellikle klinik olarak konulur ancak arter kan gazı analizi ve oksijen satürasyonu ile doğrulanmalıdır. Akciğer grafisi ve laboratuvar testleri altta yatan nedeni belirlemeye yöneliktir.

Tedavinin amacı PaO_2 ’yi >60 mmHg ve SpO_2 ’yi genellikle >92 düzeyinde tutmaktır. Oksijen tedavisi basamaklı yaklaşım ile nazal kanül, oksijen maskeleri veya mekanik ventilasyon şeklinde uygulanabilir. Non-invaziv mekanik ventilasyon ise ava yolu korunabilen ve hemodinamik olarak stabil hastalarda önemli bir tedavi seçeneğidir. Erken tanı, uygun monitörizasyon ve gerekli durumlarda gecikmeden ventilatuvar destek sağlanması mortaliteyi azaltmada kritik öneme sahiptir.

Kaynaklar

1. Mirabile VS, Shebl E, Sankari A, Burns B. Respiratory Failure in Adults. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526127/>
2. Patel BK. Acute hypoxemic respiratory failure (AHRF, ARDS). MSD Manual Professional Version [Internet]. 2024. Available from: <https://www.msmanuals.com/professional/critical-care-medicine/respiratory-failure-and-mechanical-ventilation/acute-hypoxemic-respiratory-failure-ahrf-ards>
3. Creagh-Brown B. Respiratory failure. Medicine. 2016;44(6):342-345.
4. Sarkar M, Niranjana N, Banyal PK. Mechanisms of hypoxemia. Lung India. 2017;34(1):47-60. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10910131/>
5. Türk Toraks Derneği. Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları. 3. baskı. Ankara: Türk Toraks Derneği; 2021.
6. Rochweg B, Brochard L, Elliott MW, Hess D, Hill NS, Nava S, et al. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. Eur Respir J. 2017;50(2):1602426.

Acil Serviste Şok Yönetimi

Meryem Kübra Kırk, Orhun Demir, Şeyma Betül Kayhan Güzel
Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi

Şok, yetersiz doku perfüzyonu sonucu gelişen, hızla ilerleyebilen ve tedavi edilmediğinde geri dönüşümsüz organ hasarına yol açabilen yaşamı tehdit eden bir klinik sendromdur. Dakikalar içinde kötüleşebilir ve saatler içerisinde geri dönüşsüz hale gelebilir. Bu nedenle kritik bakımın en acil ve mortalitesi en yüksek tablolarından biridir.

Klinik bulgular altta yatan şok tipine göre değişmekle birlikte; hipotansiyon, taşikardi, soğuk ya da sıcak ekstremiteler, mental durum değişikliği, oligüri ve laktat yüksekliği sık görülen bulgulardır. Şok, altta yatan temel hemodinamik bozukluğa göre dört ana gruba ayrılır: Hipovolemik şok, Kardiyojenik şok, Distribütif şok ve Obstrüktif şok. Tüm tiplerde ortak sonuç doku hipoperfüzyonu ve yetersiz oksijen sunumudur. Hipotansiyon sık görülse de şokun tanımı yalnızca kan basıncına indirgenemez; erken dönemde kan basıncı normal seyredebilirken mikrosirkülasyon bozulmuş olabilir.

Acil serviste şoka yaklaşım, sistematik değerlendirme prensipleri üzerine kuruludur. Öncelikle hızlı ABCDE yaklaşımı uygulanmalı; kapiller dolum, cilt perfüzyonu, mental durum, idrar çıkışı ve serum laktat seviyeleri gibi göstergeler ile doku perfüzyonu yakın takip edilir. İntravenöz damar yolu, oksijenizasyon, monitörizasyon ve gereklilik halinde erken dönemde sıvı / kan ürünleri replasmanı uygulanırken; şokun tipinin ayırımına yönelik değerlendirme yapılır. Bu aşamada tedaviyi geciktirmeyecek şekilde uygun laboratuvar testleri ve yatak başı ultrasonografi klinik karar verme için kullanılabilir. Nihai hedef yeterli organ perfüzyonunu sağlamak ve sürdürmektir. Gecikmiş müdahale, çoklu organ yetmezliği ve mortalite artışı ile ilişkilidir.

Şok yönetiminde vazopressör ve inotrop tedavisi, klinik tabloya göre erken dönemde düşünülmelidir. Özellikle septik şokta norepinefrin temel ajanlardan biri iken anafilakside epinefrin hayati öneme sahiptir. Yönetimde sık yapılan hatalar arasında; hipotansiyon yok diye şoku dışlamak, tek bir parametreye güvenmek, şok tiplerini karıştırmak, uygunsuz veya aşırı sıvı vermek ve altta yatan nedeni tedavi etmeden yalnızca kan basıncını düzeltmeye odaklanmak yer alır. Başarılı yönetim, yalnızca hemodinamik parametrelerin düzeltilmesini değil, aynı zamanda kaynak kontrolünü de içerir.

Sonuç olarak, şok bir tansiyon sorunu değil bir perfüzyon sorunudur. Değerlendirme hızlı yapılmalı, resüsitasyon ile tanınal süreç eş zamanlı yürütülmeli ve hemodinami düzeltilirken altta yatan neden mutlaka tedavi edilmelidir. Kanıta dayalı ve sistematik yaklaşım, acil serviste şok hastalarında sağkalımı artıran temel unsurdur.

Kaynaklar

1. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
2. Hasanin A, Sanfilippo F, Dünser MW, et al. The MINUTES bundle for the initial 30 min management of undifferentiated circulatory shock: an expert opinion. Int J Emerg Med. 2024;17:96.
3. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021;47:1181-1247.
4. Jung C, Bruno RR, Jumeau M, et al. Management of cardiogenic shock: state-of-the-art. Intensive Care Med. 2024. doi:10.1007/s00134-024-07618-x.
5. Resuscitation Council UK. Emergency treatment of anaphylaxis: guidelines for healthcare providers [Internet]. 2021. Available from: <https://www.resus.org.uk>

Göğüs Ağrısı Yönetimi

Nisa Nur Eyce, İlke Çelikkale
Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi

Göğüs ağrısı, acil servis başvurularının en kritik nedenlerinden biridir ve geniş bir klinik spektruma sahiptir. Basit iskelet-kas ağrılarından yaşamı tehdit eden kardiyovasküler olaylara kadar uzanabilmesi nedeniyle sistematik ve zaman duyarlı bir yaklaşım gerektirir. Klinik yönetimde temel ilke, benign nedenleri araştırmadan önce mortalite riski taşıyan tabloları hızla dışlamaktır. Özellikle akut koroner sendromda erken tanı ve tedavi gecikmesi, miyokard hasarını ve mortaliteyi artırmaktadır.

Hayatı tehdit eden başlıca nedenler; akut koroner sendrom, aort diseksiyonu, pulmoner emboli, tansiyon pnömotoraks ve kardiyak tamponattır. Bu klinik durumların erken tanınması prognozu doğrudan etkiler ve gecikme ciddi sonuçlara yol açabilir.

Acile göğüs ağrısıyla gelen hastanın ilk değerlendirmesi ABC yaklaşımı ile başlar. Hava yolu açıklığı, solunum yeterliliği ve dolaşım durumu hızla değerlendirilmelidir. Vital bulgular, oksijen satürasyonu ve hemodinamik stabilite önceliklidir. Özellikle aort diseksiyonu şüphesinde 4 ekstremitte kan basıncı ölçümü yapılmalıdır. Oksijen satürasyonu <%94 ise oksijen verilmelidir. Tüm hastalarda ilk 10 dakika içinde 12 derivasyonlu EKG çekilmesi önerilir. Öyküde SOCRATES yöntemiyle ağrının karakteri sorgulanmalıdır. Biyobelirteçler : Yüksek duyarlılıklı troponinler (hs-Tc), MI tanısını hızlıca doğrulamak veya dışlamak için kritiktir. Akciğer grafisi: pnömotoraks, pnömoni veya aort diseksiyonu şüphesinde yardımcıdır.

Ayrırcı tanıda ayrıntılı anamnez büyük önem taşır. Ağrının lokalizasyonu, karakteri, süresi, yayılımı, eforla ilişkisi ve eşlik eden semptomlar dikkatle sorgulanmalıdır. Bununla birlikte kadınlar, yaşlılar ve diyabetik hastalarda atipik semptomların sık görülebileceği unutulmamalıdır. Kardiyovasküler risk faktörlerinin varlığı ve klinik risk skorlamaları, hastanın düşük, orta veya yüksek risk grubuna ayrılmasında yardımcıdır.

Yönetim ilkeleri; Erken dönemde hastanın risk skorlaması yapılır, monitörizasyon sağlanır ve vital bulgular yakın takip edilir. Ardından 12 derivasyonlu EKG ve seri kardiyak troponin ölçümleri ile miyokard hasarı değerlendirilir. Değerlendirme sırasında akut koroner sendrom, aort diseksiyonu, pulmoner emboli ve pnömotoraks gibi hayatı tehdit eden nedenler öncelikle dışlanır. Klinik bulgular ve test sonuçlarına göre hastalar risk düzeyine göre sınıflandırılır, uygun hastalarda antiplatelet tedavi ve semptomatik tedavi başlanır ve gerekli durumlarda erken invaziv girişim veya hastaneye yatış planlanır.

Sık yapılan hatalar arasında normal ilk EKG'ye aşırı güvenmek, troponini tek ölçümle değerlendirmek, hemodinamik takibin yeterli yapılmaması ve genç ya da atipik semptomlu hastalarda kardiyak etiyolojiyi erken dışlamak yer alır.

Sonuç olarak, göğüs ağrısında sistematik, algoritmik ve klinik şüpheye dayalı yaklaşım mortaliteyi azaltmada temel unsurdur.

Kaynaklar

1. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720-3826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191.
2. Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson JL, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 22nd ed. New York: McGraw Hill; 2025. Chapter: Chest Discomfort.
3. Bösner S, Becker A, Haasenritter J, et al. Chest pain in primary care: epidemiology and pre-work-up probabilities. Eur J Gen Pract. 2009;15(3):141-146.
4. Haasenritter J, Bösner S, Vaucher P, et al. Ruling out coronary heart disease in primary care: external validation of a clinical prediction rule. Br J Gen Pract. 2012;62(599):e415-e421.

Acil Serviste Aritmi Yönetimi*Hamza Mesut Ağır, Banu Evranos**Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Aritmiler toplumda yaklaşık %2,35 oranında görülmekte olup 65–73 yaş aralığında bu oran %4,84'e çıkmaktadır. Yıllık yeni vaka insidansı %0.47'dir. İleri yaş, erkek cinsiyet, hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı ve kalp yetersizliği başlıca risk faktörleridir. Tüm ölümlerin %15–20'si aritmilerle ilişkilidir.

Acil serviste aritmi değerlendirmesinde sistematik EKG analizi esastır. Ritim ve hız analizi (300/R-R), aks değerlendirmesi (–30° ile +90°), P dalga morfolojisi, PR aralığı (120–200 ms), QRS süresi (60–110 ms), QT aralığı ve ST-T değişiklikleri dikkatle incelenmelidir.

Aritmi yönetiminde ilk adım hastanın hemodinamik stabilitesinin değerlendirilmesidir. Bilinç değişikliği, hipotansiyon, devam eden göğüs ağrısı ve kardiyojenik şok bulguları instabilite göstergesidir. İnstabil hastalarda gecikmeden elektriksel tedavi düşünülmelidir.

SpO₂ <%94 ise oksijen verilmelidir. IV damar yolu açılarak monitörizasyon sağlanmalıdır. Semptomatik bradikardide 0,5 mg IV atropin (3–5 dakikada bir, maksimum 3 mg) uygulanır. Yanıtsız hastalarda transkutanöz pacing, dopamin (2–20 µg/kg/dk) veya adrenalin (2–10 µg/dk) infüzyonu uygulanabilir. 2° Tip II ve 3° AV blok varlığında kalıcı pacemaker endikasyonu düşünülmelidir.

İlk ayırım QRS genişliğine göre yapılır. Dar QRS'li taşikardilerde stabil hastada vagal manevra ve adenozin ilk basamak tedavidir. Yanıt alınamazsa verapamil, diltiazem veya beta bloker uygulanabilir. Geniş QRS'li taşikardiler aksi ispatlanana kadar ventriküler taşikardi kabul edilir. Stabil hastada IV amiodaron veya prokainamid uygulanabilir; instabil hastada senkronize kardiyoversiyon endikedir.

Nabızsız ventriküler taşikardide ve ventriküler fibrilasyonda acil defibrilasyon uygulanmalıdır. Torsades de pointes tedavisinde 2 g IV magnezyum sülfat bolus önerilir. Uzun dönem tedavide uygun hastalarda ICD implantasyonu değerlendirilmelidir.

İnstabil bradiarritmi, 2° Tip II veya 3° AV blok, nabızsız VT, sürekli VT ve ventriküler fibrilasyon acil müdahale gerektirir.

Dal bloğu ile birlikte görülen SVT'ler, preeksite taşikardiler, elektrolit bozuklukları ve pacemaker ilişkili ritimler yanlış tanıya yol açabilir. AV disosiyasyon ve füzyon/capture atımları ventriküler taşikardi lehine bulgulardır.

Aritmi yönetiminde temel yaklaşım: Stabilitayı değerlendir, ritmi tanımla (bradi/taki), QRS genişliğini belirle, düzenli/düzensiz ayırımı yap ve hayatı tehdit eden ritimleri hızla tedavi et. Geri döndürülebilir nedenler mutlaka araştırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Khurshid S, Choi SH, Weng LC, Wang EY, Trinquart L, Benjamin EJ, et al. Frequency of cardiac rhythm abnormalities in a half million adults. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. 2018;11(7):e006273.
2. Srinivasan NT, Schilling RJ. Sudden cardiac death and arrhythmias. *Arrhythm Electrophysiol Rev*. 2018;7(2):111–117.
3. American Heart Association. Part 7.3: management of symptomatic bradycardia and tachycardia. *Circulation*. 2005;112(24 Suppl):IV67–IV77.
4. Assumpção AC, Moreira DAR. Cardiac arrhythmias in the emergency room and ICU. Bradyarrhythmias: how to identify and treat the patient with low perfusion. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2018;28(3):296–301.
5. Mitchell LB, Howlett JG. Emergency treatment of arrhythmias. In: Merck Manual Professional Edition [Internet]. Merck & Co., Inc.; 2026. Available from: <https://www.msdmanuals.com/professional/cardiovascular-disorders/specific-cardiac-arrhythmias/emergency-treatment-of-arrhythmias>

6. ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the management of supraventricular tachycardia. *Eur Heart J*. 2020;41(5):655–720.
7. Resuscitation Council UK. Adult Tachycardia Algorithm 2021 [Internet]. London: Resuscitation Council UK; 2021. Available from: <https://www.resus.org.uk/sites/default/files/2021-04/Tachycardia%20Algorithm%202021.pdf>
8. Okutucu S, Oto A. Kolay EKG: Örneklerle Temel Elektrokardiyografi. Ankara: Erkem Yayıncılık; 2020.

Travmalı Hastaya Sistematiik Yaklaşım

Muhammed Said Koca, Aslı Türkmen Demir
Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi

Travma, özellikle genç ve dolayısıyla üretken yaş grubunda önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Travmaya bağlı ölümlerin büyük ve önlenebilir bir kısmı ilk saatler içinde gerçekleşmekte olup, bu dönemde yapılan doğru önceliklendirme ve zamanında müdahale sağkalımı belirgin biçimde etkilemektedir. Bu nedenle travmalı hastaya yaklaşım, acil serviste hızlı karar verme, ekip koordinasyonu ve sistematiik değerlendirme gerektiren bir klinik yetkinlik alanıdır.

Güncel travma yönetiminde kritik hastanın tedavisini başlatmak için kesin tanı beklenmez, en olası yaşamı tehdit eden nedenlerin erken saptanarak eş zamanlı müdahalesi prensibine dayanır. Birincil değerlendirme, modern travma bakımında XABCDE (eXsanguination, Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) çerçevesinde ele alınmakta olan sistematiik bir yaklaşımdır; ilk basamak olarak masif dış kanamanın tanınması ve kontrolü vurgulanmaktadır. Masif kanama, travmada önlenebilir ölüm nedenleri arasında öne çıkmakta; bu nedenle hayatı tehdit eden dış kanamanın tespiti, hava yolu ve solunum değerlendirmesinden önce yapılarak kontrol altına alınmalıdır. Ardından hava yolu güvenliği ve servikal stabilizasyon, solunumun etkinliği, dolaşımın değerlendirilmesi ve şok yönetimi, nörolojik durumun hızlı taranması ve tam vücut muayenesi sistematiik bir sıralama ile uygulanır. Travmada dolaşım basamağının temelini, hedefli resüsitasyon stratejileri oluşturmaktadır. Güncel yaklaşımlar, aşırı kristalloid yüklemeden kaçınılmasını, erken damar yolu erişimini ve aktif kanaması olan hastalarda erken dönemde kan ürünlerinin kullanımını önermektedir. Amaç yalnızca kan basıncını yükseltmek değil, kanamayı kontrol ederek etkin doku perfüzyonunu yeniden sağlamaktır. Seçilmiş olgularda kontrollü hipotansif resüsitasyon stratejileri, kanama kontrolü sağlanana kadar düşünülebilir. Sürecin döngüsel biçimde yeniden değerlendirilmesi, klinik bozulmanın erken yakalanması açısından kritik önemdedir. Travma yönetiminde başarı, yalnızca tanısız işlemlere değil, doğru sırayla ve gecikmeden uygulanan yaşam kurtarıcı müdahalelere bağlıdır. Tüm bu süreçte, etkili ekip çalışması ve hastanın değerlerine saygı önem taşır. Bu yaklaşım; hata oranını azaltmayı, önceliklendirme becerisini güçlendirmeyi ve acil servis pratiğinde güvenli bakım sunmayı hedefleyen kanıta dayalı bir klinik çerçeve sunar.

Kaynaklar

1. American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support® (ATLS®): Student Course Manual. 11th ed. Chicago (IL): American College of Surgeons; 2025.
2. Newgard CD, Fischer PE, Gestring M, et al. National guideline for the field triage of injured patients: recommendations of the National Expert Panel on Field Triage, 2021. J Trauma Acute Care Surg. 2022;93(2):e49-e60. doi:10.1097/TA.0000000000003627.
3. Ramasamy A. Advanced trauma life support 2025: a brief review of updates. Injury. 2026;57(4):113079. doi:10.1016/j.injury.2026.113079.
4. Gloor S, Quante M, Lehmann B, et al. Breaking the silence: communication failures are the leading errors identified in 10-years of trauma morbidity and mortality conferences. Eur J Trauma Emerg Surg. 2025;51:242. doi:10.1007/s00068-025-02913-8.

Kardiyak Arrest Yönetimi

Merve Nur Yılmaz, Ömer Zühtü Yöndem
Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kardiyak arrest, kalbin ani ve etkili pompalama fonksiyonunun durması sonucu dolaşımın kesilmesi ile karakterize, acil müdahale gerektiren yaşamı tehdit eden bir klinik durumdur. Arrest geliştiğinde serebral kan akımı aniden durur ve 3-5 dakika içinde geri dönüşümsüz nöronal hasar başlayabilir. Bu nedenle “zaman beyindir” prensibi kritik öneme sahiptir. Miyokardiyal iskemi hızla gelişir, koroner perfüzyon basıncı düşer ve defibrilasyon başarısı azalır.

Kardiyak arrest çoğu zaman ani gelişmez; arrestten saatler önce solunum sıkıntısı, hipotansiyon, taşikardi ve oksijen satürasyonunda düşüş gibi pre-arrest bulgular görülebilir. Bu nedenle erken uyarı skorları ve vital bulguların dikkatli takibi, hastane içi arrestlerin önlenmesinde önemlidir. Arrest tanısı bilinç kaybı, normal solunumun olmaması (agonal solunum arrest kabul edilir) ve nabız alınamaması ile konur. Nabız kontrolü 10 saniyeyi geçmemelidir. Tanı konur konmaz yüksek kaliteli CPR başlatılmalıdır. Göğüs kompresyonları 100-120/dk hızında ve 5-6 cm derinlikte uygulanmalı, kesintiler en aza indirilmelidir. İleri hava yolu yoksa oran 30:2'dir. Erken defibrilasyon özellikle ventriküler fibrilasyon ve nabızsız ventriküler taşikardi gibi şoklanabilir ritimlerde sağ kalımı belirgin artırır.

ROSC sonrası bakım en az arrest yönetimi kadar önemlidir. Oksijen satürasyonu %94-98 arasında tutulmalı, normokapni sağlanmalı ve hiperoksiden kaçınılmalıdır. Hemodinamik hedef MAP ≥ 65 mmHg'dir. STEMI varlığında acil koroner anjiyografi düşünülmelidir. Ateş kontrolü ve hedeflenmiş sıcaklık yönetimi nörolojik hasarı azaltabilir.

Sonuç olarak erken tanı, kesintisiz kaliteli CPR ve zamanında defibrilasyon kardiyak arrestte sağkalımın temel belirleyicileridir.

Kaynaklar

1. Sandroni C, Cronberg T, Sekhon M. Brain injury after cardiac arrest: pathophysiology, treatment, and prognosis. Intensive Care Med. 2021;47(12):1393-1414.
2. Uchino H, Ogihara Y, Fukuda M, et al. Brain injury following cardiac arrest: pathophysiology for neurocritical care. J Intensive Care. 2016;4:31.
3. Greif R, Bossaert L, de Vries W, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025: executivesummary Resuscitation.2025;213:110770. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110770.
4. Panchal AR, Bartos JA, Chan PS, et al. Part 1: executive summary: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2025;152(Suppl 2):e000-e000. doi:10.1161/CIR.0000000000001372.

ÇALIŞMA VE VAKA BİLDİRİM ÖZETLERİ

Akciğer Adenokarsinoma Hücrelerinde Tlr4 Aracılı Aktivasyonun Er Stresi ve Glikoliz Metabolizmasıyla İlişkili Genlerin Üzerindeki Etkilerinin Araştırılmasıİhsan Odabaşı¹, Dr. Öğr. Üyesi Demet Kaçaroğlu²¹Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, Ankara, Türkiye²Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Toll-like reseptör 4 (TLR4), doğal bağışıklık sisteminin önemli bileşenlerinden biri olup, son yıllarda epitel kökenli kanserlerde tümör hücre davranışını düzenleyen kritik bir moleküler düzenleyici olarak dikkat çekmektedir. TLR4 sinyalizasyonunun inflamatuvar yanıtların ötesinde metabolik yeniden programlanma, hücrel stres yanıtları ve fenotipik plastisite gibi süreçlerde rol oynadığı bilinmektedir. Ancak akciğer adenokarsinomunda TLR4 aktivasyonunun zamana bağlı transkripsiyonel ve fenotipik etkileri henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmanın amacı, TLR4'ün farmakolojik aktivasyonu veya inhibisyonunun A549 akciğer adenokarsinom hücrelerinde inflamatuvar sinyalizasyon, proliferasyon, endoplazmik retikulum (ER) stres yanıtları, metabolik gen programları ve epitel fenotip değişkenliği üzerindeki etkilerini incelemektir.

Bu amaçla A549 hücreleri TLR4 agonisti ve antagonisti (1 µg/mL) ile muamele edilmiştir. İnflamatuvar yanıtın değerlendirilmesi için TNFA ve IL6 gen ekspresyonları 24, 48 ve 72 saat zaman noktalarında qRT-PCR ile analiz edilmiştir. Metabolik yeniden programlanma ve ER stresine ilişkin transkriptler olan SLC2A1, LDHA, HK2, PDHA1, PKM2, CHOP, ATF4, sXBP1, MYC ve HIF1A genlerinin ekspresyon düzeyleri yine qRT-PCR yöntemiyle belirlenmiştir. Hücrel proliferasyon 24 ve 72. saatlerde hücre sayımı ve Calcein-AM floresan görüntüleme yöntemleriyle değerlendirilmiştir. Epitel-mezenkimal geçiş (EMT) ve kök hücre özellikleri ile ilişkili belirteçler olan CD44, VIM ve CDH1 gen ekspresyonları qRT-PCR ve immünboyama ile analiz edilmiş, ayrıca hücrelerin klonojenik potansiyelleri koloni oluşum testi ile incelenmiştir.

Elde edilen bulgular, TLR4 aktivasyonunun erken zaman noktasında (24 saat) TNFA ve IL6 ekspresyonunu belirgin şekilde artırdığını, ancak ilerleyen zaman noktalarında bu artışın azaldığını göstermiştir. TLR4 agonisti ile muamele edilen hücrelerde proliferasyon oranı kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde artmış (%132, 24 saat; %245, 72 saat), buna karşılık TLR4 antagonizmi hücre büyümesini belirgin şekilde azaltmıştır (%60-64). TLR4 aktivasyonu ayrıca ER stresine ilişkin belirteçler (CHOP, ATF4, sXBP1) ve metabolik düzenleyiciler (LDHA, PDHA1, PKM2, MYC) üzerinde artışa yol açarken, HIF1A ekspresyonunda azalma gözlenmiştir. EMT ve kök hücre fenotipi ile ilişkili CD44 ve VIM ekspresyonları artarken, epitel belirteci olan E-kaderin (CDH1) düzeyleri azalmıştır. Buna karşın TLR4 inhibisyonu epitel fenotipin korunmasına katkı sağlamış ve koloni oluşum kapasitesini azaltmıştır. İlginç olarak, EMT ve kök hücre belirteçlerindeki artışa rağmen agonist grubunda klonojenik kapasitenin kontrol grubunun altında olduğu gözlenmiştir.

Sonuç olarak bu çalışma, TLR4 sinyalizasyonunun A549 hücrelerinde inflamatuvar yanıtları, ER stres ile ilişkili transkripsiyonel programları, metabolik gen ekspresyonunu ve epitel fenotip plastisitesini dinamik biçimde yeniden düzenlediğini göstermektedir. Bulgular, TLR4'ün tümör hücrelerinde adaptif plastisite ve metabolik yeniden programlanma ile ilişkili önemli bir düzenleyici olabileceğini ortaya koymaktadır.

Kaynaklar

1. Vénéreau E, Ceriotti C, Bianchi ME. DAMPs from cell death to new life. Front Immunol. 2015;6:422.
2. Zhao H, Wu L, Yan G, Chen Y, Zhou M, Wu Y, Li Y. Inflammation and tumor progression: signaling pathways and targeted intervention. Signal Transduct Target Ther. 2021;6(1):263.
3. Perrin-Cocon L, Aublin-Gex A, Diaz O, Ramière C, Peri F, André P, Lotteau V. Toll-like receptor 4-induced glycolytic burst in human monocyte-derived dendritic cells results from p38-dependent stabilization of HIF-1α and increased hexokinase II expression. J Immunol. 2018;201(5):1510-1521.
4. Kim KM, Yu TK, Chu HH, Park HS, Jang KY, Moon WS, et al. Expression of ER stress and autophagy-

related molecules in human non-small cell lung cancer and premalignant lesions. Int J Cancer. 2012;131(4):E362-E370.

5. Di Conza G, Ho PC. ER stress responses: an emerging modulator for innate immunity. Cells. 2020;9(3):695.
6. Zhou L, Qi L, Jiang L, Zhou P, Ma J, Xu X, Li P. Antitumor activity of gemcitabine can be potentiated in pancreatic cancer through modulation of TLR4/NF-kappaB signaling by 6-shogaol. AAPS J. 2014;16:246-257.
7. Kaçaroğlu D, Yaylacı S, Gurbuz N. Anti-tumorigenic effects of naive and TLR4-primed adipose-derived mesenchymal stem cells on pancreatic ductal adenocarcinoma cells. Cancer Med. 2024;13(2):e6964. doi:10.1002/cam4.6964.

Üriner Sistem Enfeksiyonu Etkenlerinin ve Antimikrobiyal Direnç Paternlerinin Değerlendirilmesi: Bir Yıllık Retrospektif Analiz

Cemre Dal¹, Irmak Bayar¹, Hossein Javanmard¹, Dr. Öğr. Üyesi Şeyma Betül Kayhan Güzel²

¹Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, Ankara, Türkiye

²Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Üriner sistem enfeksiyonları (ÜSE) dünya genelinde yılda yaklaşık 150 milyon kişiyi etkileyen en yaygın bakteriyel enfeksiyonlardandır [1]. ÜSE etiyolojisi; yaş, cinsiyet, komorbid hastalıklar ve hastane yatışı gibi değişkenlere göre farklılık göstermektedir [2]. ÜSE, erişkin kadınlarda yaşam boyu %50-60 oranında görülmekte olup [3]; kadınların, erkeklere kıyasla ÜSE geçirme olasılığı yaklaşık 30 kat daha fazladır [1, 4]. Özellikle bağışıklık sisteminin yaşa bağlı zayıflaması, komorbid hastalıkların sıklığı, sık kateterizasyon, kurumsal bakım ve sık ve geniş spektrumlu antibiyotiklerin yaygın kullanımı gibi faktörler nedeniyle, klasik etkenlerin yanı sıra, dirençli Gram-negatif mikroorganizmalar da daha yüksek oranlarda izole edilmektedir [5-7]. Bu çalışmayla hastanemizdeki etken dağılımı ve direnç paternini değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma için Lokman Hekim Üniversitesi Ankara Hastanesi Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na Ocak 2024'ten Ağustos 2025'e tarihleri arasında gönderilen 18 yaş ve üzeri, idrar kültüründe >10.000 KOB bakterinin saf kültür olarak saptanan hastalar dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri, mikrobiyolojik kültür ve antibiyogram sonuçları retrospektif olarak taranmıştır.

Bulgular: Mevcut kriterlerle 1040 hasta seçildi. Verileri eksik olan veya nadir etken üretilen 33 hasta dışlandı, 1007 hasta analize dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 53,9±22,17, medyan 54 (18-96), %75,8 kadın idi. Hastaların %68,6'sı üriner sistem enfeksiyonu nedeniyle tetkik edilmiş olup, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu öyküsü olan hastalar %11,4'ünü oluşturmaktaydı (Tablo 1). Gram negatif etkenler %87,8 ile en sık karşılaşılan etkenler olmakla birlikte %49,6 ile Escherichia coli en sık karşılaşılan etken tespit edildi. Hastaların antibiyotik duyarlılık sonuçları değerlendirildiğinde; GSBL üretimi 152/856 (%17,7) hastada tespit edildi (Tablo 2). Üçüncü kuşak sefalosporinler (sırasıyla seftriakson ve seftazidim) E.coli için %63 ve %16 duyarlı saptanmış olup, Klebsiella spp. için %27 ve %4 duyarlı saptandı (Tablo 3). Gram pozitiflerde ise streptokokların tamamı penisilin duyarlı, stafilokoklarda metisilin duyarlılığı %70, enterokoklarda ampisilin duyarlılığı %81 saptandı. Diğer etken gruplarında vankomisin direnci görülmezken, enterokoklarda vankomisin direnci %12 saptandı (Tablo 4).

Sonuç: ÜSE, ileri yaş ve komorbiditesi olan hastalarda sık hastane yatışı gerektiren hastalıklardan biridir. Çalışmamızda yaş ve cinsiyet gibi demografik veriler, sık karşılaşılan etkenler ve GSBL veya metisilin direnci gibi direnç paternleri literatür ile benzerlik göstermektedir [8]. Hastanede baskın olan etkenler, bu etkenlerin komorbidite ve yaş ile dağılımı ve antibiyogramlarının bilinmesi ampirik tedavi planlanmasına önemli katkılar sağlamaktadır.

Tablo 1: Hastaların Demografik Özellikleri

Değişkenler	N (%)
Yaş (medyan)	53,9±22,17
Cinsiyet	
- Kadın	754 (75,8)
- Erkek	127 (25,1)
Geliş tipi	
- Klinik	127 (12,6)
- Poliklinik	745 (73,9)
- Yoğun bakım	135 (13,4)

Değişkenler	N (%)
Yatış tanısı	
- Üriner sistem enfeksiyonu	691 (68,6)
- Diğer	316 (31,3)
Sepsis varlığı	13 (1,2)
Akut böbrek yetmezliği	31 (3)
Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu	115 (11,4)
Sonda varlığı	174 (17,2)
Komorbiditeler	
- Diyabetes mellitus	165 (16,3)
- Hipertansiyon	377 (37,4)
- Kronik böbrek yetmezliği	43 (4,2)
- Kardiyak hastalık	220 (21,8)
- Nörolojik hastalık	109 (10,8)
- Astım, KOAH	94 (9,3)
- Malignite	55 (5,4)
- Romatolojik hastalık	9 (0,8)
- Solid organ nakli	4 (0,4)
Komplike edici faktörler	
- Gebelik	136 (13,5)
- Benign prostat hiperplazisi	67 (6,6)
- Nefrolitiazis	63 (6,2)
- Nörojenik mesane	29 (2,8)
- Mesane veya prostat ca	28 (2,7)
- Geçirilmiş ürolojik cerrahi	23 (2,2)
- Üriner anomali	10 (0,9)
- İmmobilite	10 (0,9)
- Böbrek nakli	3 (0,3)

Tablo 2: Etken Dağılımları

Etkenler	N (%)
Gram negatif	885 (87,8)
- E.coli	500 (49,6)
- Klebsiella spp.	71 (7)
- Diğer Enterobacterales spp.	285 (28,3)
- Pseudomonas spp.	26 (2,5)
- Acinetobacter spp.	3 (0,3)
Gram pozitif	122 (12,2)
- Staphylococcus spp.	59 (5,8)
- Enterococcus spp.	42 (4,1)
- Streptococcus spp.	21 (2)

Tablo 3: Gram negatif bakterilerin (n=885) antibiyogram sonuçları

Antibiyotikler	E.coli (n=500)	Klebsiella spp. (n=71)	Diğer Enterobacterales spp. (n=285)	Pseudomonas spp. (n=26)	Acinetobacter spp. (n=3)
	S/ I+R (%)	S/ I+R (%)	S/ I+R (%)	S/ I+R (%)	S/ I+R (%)
Penisilinler					
Ampisilin (n=861)	15/85	0/100	7/93	-	-
SAM/AMC (n=861)	40/60	31/69	38/62	-	-
Piperasilin-tazobaktam (n=251)	70/30	39/61	75/25	21/79	-
Sefalosporinler					
Sefuroksim (n=637)	36/64	0/100	36/64	-	-
Seftriakson (n=855)	63/37	27/73	61/39	-	-
Seftazidim (n=185)	16/84	4/96	37/63	60/40	-
Seftazidim-avibaktam (n=40)	100/0	67/33	86/14	63/37	-
Sefksim (n=853)	56/44	25/75	54/46	-	-
Sefepim (n=632)	75/26	0/100	37/31	9/91	-
Karbapenemler					
Ertapenem (n=854)	89/11	38/62	84/16	-	-
Meropenem (n=251)	93/17	49/51	69/31	52/48	33/67
Diğerleri					
Amikasin (n=883)	87/13	65/35	81/19	64/36	33/67
Gentamisin (n=858)	81/19	643/37	77/23	0/100	33/67
TMP-SMX (n=474)	56/44	46/54	60/40	-	67/33
Fosfomisin (n=839)	65/35	66/34	42/58	-	-
Nitrofurantoin (n=764)	95/5	67/33	84/16	-	-

Tablo 4: Gram pozitif bakterilerin (n=122) antibiyogram sonuçları

Antibiyotikler	Staphylococcus spp. (n=59)	Enterococcus spp. (n=42)	Streptococcus spp. (n=21)
	S/ I+R (%)	S/ I+R (%)	S/ I+R (%)
Penisilin (n=27)	50/50	-	100/0
Ampisilin (n=92)	64/36	81/19	63/17
Eritromisin (n=15)	53/47	-	-
Tetrasiklin (n=19)	42/58	-	-
TMP_SMX (n=27)	92/8	100/0	-
Klindamisin (n=15)	53/47	-	-
Siprofloksasin (n=91)	46/54	72/28	67/17
Levofloksasin (n=83)	47/53	69/31	-

Antibiyotikler	Staphylococcus spp. (n=59)	Enterococcus spp. (n=42)	Streptococcus spp. (n=21)
	S/ I+R (%)	S/ I+R (%)	S/ I+R (%)
Amikasin (n=20)	95/5	-	-
Gentamisin (n=34)	90/10	64/36	-
Vankomisin (n= 70)	100/0	88/12	100/0
Teikoplanin (n=62)	100/0	83/17	86/14
Linezolid (n=46)	100/0	90/10	-
Daptomisin (n=15)	93/7	-	-

Kaynaklar

- Biondo C. New insights into the pathogenesis and treatment of urinary tract infections. Pathogens. 2023;12(10):1213. doi:10.3390/pathogens12101213.
- Türkiye Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Ulusal Sağlık Hizmetleriyle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Raporu. Ankara: Türkiye Sağlık Bakanlığı; 2022.
- Medina M, Castillo-Pino E. An introduction to the epidemiology and burden of urinary tract infections. Ther Adv Urol. 2019;11:1756287219832172. doi:10.1177/1756287219832172.
- Alkhalil R, Abu Farha R, Abu Hammour K, Alefishat E. Optimizing antimicrobial therapy in urinary tract infections: a focus on urine culture and sensitivity testing. Front Pharmacol. 2022;13:1058669. doi:10.3389/fphar.2022.1058669.
- Eroğlu A, Akduman Alaşehir E. Evaluation of treatment applications and antibiotic resistance rates for community acquired urinary tract infections in Turkey and a review of the literature. J Urol Surg. 2020;7(2):114-119. doi:10.4274/jus.galenos.2020.3532.
- Huang L, Huang C, Yan Y, Sun L, Li H. Urinary tract infection etiological profiles and antibiotic resistance patterns varied among different age categories: a retrospective study from a tertiary general hospital during a 12-year period. Front Microbiol. 2022;12:813145. doi:10.3389/fmicb.2021.813145.
- Alpay Y, Aykin N, Korkmaz P, Gulduren HM, Caglan FC. Urinary tract infections in the geriatric patients. Pak J Med Sci. 2018;34(1):67-72. doi:10.12669/pjms.341.14013.
- Sampathkumar R, Saranya R, Gnanasekaran D, Thakran V, Aslam H, Pascal S. Antibiotic resistance in urinary tract infections: a study on trends and contributing factors in outpatient care among Indian patients. Bioinformation. 2024;20(12):1908-1912.

Bakteriyel lipopolisakkarit ve COVID-19 kaynaklı enfeksiyonlarında immün sistem ilişkili ifade değişimlerinin Elisa yöntemi ile araştırılmasıUtku Yaka ¹, Arş.Gör.Dr. Ayşegül Yılmaz ²¹Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, Ankara, Türkiye²Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Salgın ve pandemi potansiyeli taşıyan bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkışı ve yayılması tarih boyunca belirli aralıklarla meydana gelmiştir (Piret ve Boivin, 2021). Bu bağlamda, koronavirüs ailesinin yüksek bulaşma kapasitesi ve hızlı varyant oluşumu, özellikle COVID-19 salgını gibi büyük pandemilere yol açabilecek önemli faktörlerden biridir (Hu ve diğerleri, 2021; Zhou ve diğerleri, 2020). Koronavirüs ailesinin inhalasyon ve aerosol olarak bulaş kapasitelerinin yüksek olması, üzerlerindeki peplomerlerin büyük olmasından ötürü dış dünyada diğer zarflı virüslere kıyasla daha uzun süre hayatta kalabilmesi (doğaya kısmen dirençli) ve hızlı bir şekilde yeni varyantlarının ortaya çıkması yakın geçmişte başımıza geldiği gibi gelecekte de yeni pandemilere yol açabilme potansiyelini ortaya koymaktadır (Sun ve diğerleri, 2020). Koronavirüslerde yeni varyant oluşumları sık görülmesine rağmen spike proteininde büyük bir yapısal değişim olmamaktadır (Simon-Loriere ve Schwartz, 2022).

Bu çalışmada SARS-CoV-2 spike proteininin özellikle immünite ilişkili sitokinler üzerindeki etkisi ve biyolojik fonksiyonlarının daha detaylı şekilde ortaya konulması hedeflenmiştir. Bunun sayesinde elde edilen verilerle gelecekte karşımıza çıkma ihtimali yüksek olan koronavirüs ailesinin sebep olacağı pandemilerde daha yenilikçi ve etkin tedavi yaklaşımlarına temel oluşturması beklenmektedir. Bunun yanı sıra, elde edilecek bilgilerin, lipopolisakkarit içeren diğer patojen mikroorganizmaların patogenezi ve tedavisinde yeni yaklaşımların geliştirilmesine de dayanak oluşturabileceği değerlendirilmektedir (Petrük ve diğerleri, 2020).

Çalışma hipotezimiz, gram negatif bakterilerde bulunan LPS'nin ve SARS-CoV-2'nin yapısında bulunan spike proteininin, akciğer epitel hücrelerine muamelesi ile belirlenen immünite ilişkili sitokinlerdeki salınımını değiştirmesidir (Puthia ve diğerleri, 2022; Al-Ani ve diğerleri, 2022). Literatürde, spike proteinleri ve LPS'nin fonksiyon ve etkilerine bakıldığında, daha çok immün genler ve bağışıklıkla ilişkili yolların odak noktası olduğu görülmektedir (Rittirsch ve diğerleri, 2008; Tang ve diğerleri, 2020). Bu çalışmada, spike proteinin akciğer hücreleri üzerine direk uygulanması ile oluşabilecek değişimler, virüsün birçok farklı reseptörlerle oluşturabileceği etkinliği dışlayarak reseptörün oluşturacağı direk etkiyi göstereceği için çalışmanın özgün yanını oluşturmuştur. (Bosch ve diğerleri, 2003).

- Proje kapsamında insan akciğer epitel hücre hattı (BEAS-2B) kültüre edilmiş, LPS ve spike proteininin toksik olmayan konsantrasyon aralığı XTT sitotoksikite deneyi ile belirlenmiş ve hücreler bu konsantrasyonlarda 12, 24, 48 ve 72 saat süreyle muamele edilmiştir. Süpernatantlarda TNF- α , IFN- γ ve IL-6 düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçülmüştür (Al-Ani ve diğerleri, 2022).

Elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- TNF- α : Spike proteini muamelesi erken saatlerde anlamlı artışa neden olurken, 72. saatte kontrole göre düşüş gözlenmiştir. LPS muamelesi ise TNF- α düzeyinde anlamlı bir değişiklik oluşturmamıştır.
- IFN- γ : Hem spike proteini hem de LPS muamelesi IFN- γ salınımında anlamlı artış sağlamıştır ($p < 0.05$ ve $p < 0.01$). LPS'nin etkisi spike proteinine göre daha belirgin olmuştur.
- IL-6: Spike proteini muamelesi IL-6 salınımında anlamlı artışa ($p < 0.001$) neden olurken, LPS muamelesi IL-6 salınımında anlamlı azalmaya ($p < 0.001$) yol açmıştır.
- Kullanılan tüm dozlarda LPS ve spike proteininin akciğer epitel hücreleri üzerinde sitotoksik etki göstermediği belirlenmiştir.

Projemizin başarıyla tamamlanması sonucunda elde edilen çıktıların bilimsel makale olarak yayınlanması ve ilgili kongrelerde sözlü bildiri olarak sunulması hedeflenmektedir. Uzun vadede, başta koronavirüs ailesi olmak üzere süperantijen taşıyan mikroorganizmalardan kaynaklanan enfeksiyonların tedavisinde yenilikçi yaklaşımlara katkı sağlanabilecektir.

Kaynaklar

1. Al-Ani B, ShamsEldeen AM, Kamar SS, Haidara MA, Al-Hashem F, Alshahrani MY, et al. Lipopolysaccharide induces acute lung injury and alveolar haemorrhage in association with the cytokine storm, coagulopathy and ATIR/JAK/STAT augmentation in a rat model that mimics moderate and severe COVID-19 pathology. Clin Exp Pharmacol Physiol. 2022;49(4):483-491.
2. Bosch BJ, van der Zee R, de Haan CA, Rottier PJ. The coronavirus spike protein is a class I virus fusion protein: structural and functional characterization of the fusion core complex. J Virol. 2003;77(16):8801-8811.
3. Hu B, Guo H, Zhou P, Shi ZL. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. Nat Rev Microbiol. 2021;19(3):141-154.
4. Petrük G, Puthia M, Petrlova J, Samsudin F, Strömdahl AC, Cerps S, et al. SARS-CoV-2 spike protein binds to bacterial lipopolysaccharide and boosts proinflammatory activity. J Mol Cell Biol. 2020;12(12):916-932.
5. Piret J, Boivin G. Pandemics throughout history. Front Microbiol. 2021;11:631736.
6. Puthia M, Tanner L, Petrük G, Schmidtchen A. Experimental model of pulmonary inflammation induced by SARS-CoV-2 spike protein and endotoxin. ACS Pharmacol Transl Sci. 2022;5(3):141-148.
7. Rittirsch D, Flierl MA, Day DE, Nadeau A, McGuire SR, Hoesel LM, et al. Acute lung injury induced by lipopolysaccharide is independent of complement activation. J Immunol. 2008;180(11):7664-7672.
8. Simon-Loriere E, Schwartz O. Towards SARS-CoV-2 serotypes? Nat Rev Microbiol. 2022;20(4):187-188.
9. Sun J, He WT, Wang L, Lai A, Ji X, Zhai X, et al. COVID-19: epidemiology, evolution, and cross-disciplinary perspectives. Trends Mol Med. 2020;26(5):483-495.
10. Tang Y, Liu J, Zhang D, Xu Z, Ji J, Wen C. Cytokine storm in COVID-19: the current evidence and treatment strategies. Front Immunol. 2020;11:1708.
11. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. Nature. 2020;579(7798):270-273.

Acil Servise Başvuran Yaşlı Hastaların Başvuru Sebepleri Ve Organ Sistemlerine Göre DeğerlendirilmesiSena Nur Yılmaz¹, Doç. Dr. Cemile Özşürekci²¹Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, Ankara, Türkiye²Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: Türkiye’de nüfus gün geçtikçe yaşlanmaktadır ve nüfus verilerine göre Türkiye’de 2025 yılında yaşlı nüfus oranı %11,1 bulunmuştur (1). Acil servislerimize başvuran yaşlı hasta sayısı her geçen gün artış göstermektedir. Yaşlı popülasyonun acil servis başvurularının yıllar içinde artış gösterdiği literatürde de bildirilmektedir (2). Toplumdaki yaşlı nüfusta görülen bu artış, sık karşılaşılan geriatrik sorunların tanınması ve sağlık sisteminin sunulacak uygun kaynak ve hizmetleri planlanmasını gerektirmektedir (3). Bu nedenle, yaptığımız bu araştırma acil servise başvuran yaşlı hastaların bireysel özelliklerinin ve başvuru nedenlerinin organ ve sistemlere göre belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntemler: Araştırma, üçüncü basamak bir eğitim araştırma hastanesinin acil servise başvuran hastaların retrospektif verilerinin incelenmesi ile yapılmıştır. Çalışma, Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Hastanesi Acil Tıp Kliniği’nde 01.01.2026-31.12.2025 tarihleri arasında tek merkezli ve retrospektif olarak gerçekleştirildi. Belirtilen tarihler arasında Acil Tıp Kliniği’ne başvuran 65 yaş ve üstü, çalışmaya alınma kriterlerine uyan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların Araştırmaya Alınma Kriterleri 1. Belirtilen tarihler arasında hastanemiz acil servisine başvurmuş olmak, 2. 65 yaş ve üstü hastalar, 3. Eksik veri olmaması olarak belirlenmiştir. Çalışmanın elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya verilerine ulaşılan 220 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların medyan yaşları 74 (IQR: olduğu; başvuran hastaların %59,5’u kadın idi. Hastaların en çok göğüs ağrısı nedeni ile acil servise başvurduğu, %79,5 ’sinin semptomlarının da kardiyovasküler sisteme ait olduğu görüldü. Başvuru semptomları en çok kardiyovasküler sistem gibi görünse de kesin tanı olarak hastaların en çok üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı aldığı, bunu göğüs ağrısı ve kardiyovasküler sistem tanıları ikinci sırada olduğu tespit edildi. Acil servis başvurusu olan hastaların %28’inin tanı sonrası hastane yatışı olduğu bulundu.

Sonuç: Toplam nüfus içerisindeki oranı hızla artan ve oranı hızla içerisinde özel ihtiyaçları bulunan geriatrik hasta grubunun, sıklıkla başvurdukları acil sağlık hizmetlerinden verimli bir şekilde yararlanabilmeleri gereklidir. Ancak komorbiditesi, çoklu ilaç kullanımı, fonksiyonel ve kognitif bozuklukları olan ve hastalık semptomlarının atipik seyrettiği yaşlı hastaların özelinde acil servis çalışanlarının geriatri konusunda bilgi sahibi olması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Kaynaklar

1. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle yaşlılar, 2025 [Internet]. Ankara: TÜİK; 2025. Available from: <https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/58231>
2. Çelik P, Çelik Ş, Hastaoğlu F. Acil servise başvuran geriatrik hasta profilinin belirlenmesi. Geriatrik Bilimler Dergisi. 2022;5:72-80. doi:10.47141/geriatrik.1202842.
3. Mushtaq S, Abro M, Sualeh M, et al. Profile of geriatric patients attending the emergency department of a tertiary care hospital in Karachi: a cross-sectional study. Cureus. 2022;14(2):e21874.

Parkes Weber Syndrome: A Review and Case Presentation of a Co-occurring MAP2K1 VariationDuhan Özdemir¹, Prof. Dr. Serdar Ceylaner²¹Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, Ankara, Türkiye²Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Parkes Weber Syndrome (PWS) is characterized by capillary, venous, and lymphatic malformations; however, its most distinct feature is the presence of arteriovenous malformations (AVMs). This condition is frequently misdiagnosed as Klippel-Trenaunay Syndrome (KTS). While KTS is a primary consideration in differential diagnosis, it is distinguished by the absence of an AVM component. At the beginning of the 20th century, French physicians Maurice Klippel and Paul Trenaunay described KTS as a triad of localized cutaneous capillary malformations, venous abnormalities, and limb hypertrophy. Under archaic descriptions, it was believed that KTS was a precursor to PWS, with the addition of AVMs marking the transition to the latter. But contrary to this description, both of the diseases have different etiologies: while KTS’s problems arise from PIK3CA, PWS has RASA1 as its primary culprit. PWS is also characterized by soft-tissue and bone hypertrophy with high-flow arteriovenous malformations and fistulas. Treatment options are limited due to the fact that the syndrome doesn’t have any cure right now. But in some cases, embolotherapy is followed by amputation, surgical AVM resection, and occasionally stent-graft implantation. Conventional sclerotherapy with liquid sclerosants can be used for palliative care. The most common complication for people with this syndrome is, unfortunately, high-output heart failure. Also, angio-osteodystrophy is common in these children. With this information in mind, we want to present our patient. Our patient was referred to our clinic in Interger; the child was complaining about hair loss, intestinal problems, redness in the skin and the patient also demonstrated signs of lymphatic drainage, pancreatic and biliary problems. After the identification of these problems patient underwent an Exome sequencing and a CNV analysis. The results revealed that the patient had a variation in MAP2K1 gene (c. 1073 A>G). Which affected the

MEK1 proteins 358th positioned histidine to change into Arginine. These results indicated us that patient also has the cardiofaciocutaneous syndrome-3 (CFC3) on top of already suspect PWS. CFC3 is mainly characterized by facial features, cardiac anomalies, ectodermal abnormalities. But the clinically observed features of the patient more inline with PWS. Patient’s family was also offered genetic consulting, upon the genetic analysis it was established that there was a paternal heterozygous mutation. The patient was advised to return for follow-up to allow for ongoing monitoring of their condition.

References:

1. Chagas CAA, Pires LAS, Babinski MA, Leite TF de O. Klippel-Trenaunay and Parkes-Weber syndromes: two case reports. J Vasc Bras. 2017;16(4):320-324. doi:10.1590/1677-5449.005417
2. Alomari AI, Orbach DB, Mulliken JB, et al. Klippel-Trenaunay Syndrome and Spinal Arteriovenous Malformations: An Erroneous Association. AJNR Am J Neuroradiol. 2010;31(9):1608-1612. doi:10.3174/ajnr.A2167
3. Naganathan S, Tadi P. Klippel-Trenaunay-Weber Syndrome. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2026. Accessed March 16, 2026. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558989/>
4. Schulz AL, Albrecht B, Arici C, et al. Mutation and phenotypic spectrum in patients with cardio-facio-cutaneous and Costello syndrome. Accessed March 23, 2026. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-0004.2007.00931.x>
5. Banzic I, Brankovic M, Maksimović Ž, Davidović L, Marković M, Rančić Z. Parkes Weber syndrome- Diagnostic and management paradigms: A systematic review. Phlebology.2017;32(6):371-383. doi:10.1177/0268355516664212

Ektopik Gebelik Şüphesi-Over Kist Rüptürü Açısından Değerlendirilen Jinekolojik Bir Acil

Mehmet Barkın Erçin ¹, Doç. Dr. Büşra Körpe ²

¹Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, Ankara, Türkiye

²Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Üreme çağındaki kadınlarda akut alt karın ağrısının değerlendirilmesi jinekolojik aciller açısından önemlidir.

Vakamızda 26 yaşında, gravida 0, parite 0 olan hasta ani başlayan karın ağrısı ve bulantı ile acile başvurmuştur. Özgeçmişinde ek hastalık ve ilaç kullanımı yoktur. Fizik muayenede bilinç açık, vital bulgular genel olarak stabil olmakla birlikte tansiyonunun 90/50 mmHg olması dikkat çekicidir. Abdominal muayenede hassasiyet, defans ve rebound; pelvik muayenede ise adneksiyel hassasiyet saptanmıştır.

Acil ultrasonografide sağ adneksiyel bölgede yaklaşık 6,5x5,5 cm boyutlarında, hematoma ile uyumlu olabilecek heterojen hiperekojen yapı ve batın içerisinde minimal serbest sıvı izlenmiştir. Jinekolojik değerlendirmede ise uterus posteriorunda geniş koagulum, endometriumda düzensizlik ve Douglasta yaklaşık 10 cm koagulum çevresinde serbest sıvı saptanmıştır. Ayrıca parsiyel mol gebelik şüphesi de gündeme gelmiştir.

Bu bulgular doğrultusunda hastaya terapötik küretaj ve diagnostik laparoskopi uygulanmıştır. İntraoperatif olarak yaygın intraabdominal kanama ve rüptüre over kisti ile uyumlu bulgular izlenmiştir. Postoperatif dönemde hasta yakın takip edilmiş, kan transfüzyonu uygulanmış ve β -hCG değerlerinde düşüş gözlenmiştir.

Bu vaka, akut alt karın ağrısı ile başvuran kadın hastalarda ektopik gebeliğin mutlaka dışlanması gerektiğini göstermektedir. Ektopik gebelik, ilk trimester maternal mortalitenin başlıca nedenlerinden biri olup tanıda β -hCG ile ultrason bulgularının uyumsuzluğu kritik öneme sahiptir. Öte yandan rüptüre over kistleri de ani ağrı ve intraabdominal kanama ile prezente olabilir ve hemodinamik instabilite durumunda cerrahi müdahale gerektirir.

Sonuç olarak, akut pelvik ağrı ile başvuran hastalarda sistematik ve hızlı yaklaşım hayati önem taşır. Hemodinamik instabilite, serbest sıvı varlığı ve adneksiyel kitle saptanması durumunda cerrahi geciktirilmemelidir. Erken tanı ve uygun tedavi ile mortalite ve morbidite azaltılabilir, aynı zamanda fertilité korunabilir.

Kaynaklar:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Tubal ectopic pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 193. Obstet Gynecol. 2018;131(3):e91-e103.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of early pregnancy complications [Internet]. London: RCOG. Available from: <https://www.rcog.org.uk>
3. World Health Organization. Maternal mortality [Internet]. Geneva: World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
4. Bottomley C, Bourne T. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. BMJ. 2009;339:b4883. doi:10.1136/bmj.b4883.
5. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010;150(1):8-12. doi:10.1016/j.ejogrb.2010.02.006.

Gebelikte Gelişen Supraventriküler Taşikardinin Tedavisi

Şuayip Dünder ¹, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Akdoğan ²

¹Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, Ankara, Türkiye

²Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Supraventriküler taşikardi (SVT), gebelikte karşılaşılabilen en sık semptomatik aritmi nedenlerinden biridir. Gebelikte ortaya çıkan hemodinamik ve hormonal değişiklikler aritmi gelişimine yatkınlık oluşturabilir. Bu nedenle acil serviste gebelikte gelişen SVT olgularında hızlı tanı, maternal stabilitenin korunması ve fetal güvenliğin gözetildiği basamaklı tedavi yaklaşımı önem taşır.

Otuz bir yaşında, 18 haftalık gebe kadın hasta, yaklaşık 30 dakika önce başlayan çarpıntı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 11-12 yıl önce benzer bir çarpıntı atağı öyküsü bulunduğu, o dönemde yapılan holter elektrokardiyografi (EKG) incelemesinin normal olarak değerlendirildiği öğrenildi. Başvuru anında bilinci açık, koopere ve oryante olan hasta hemodinamik olarak stabildi. Vital bulgularında arteriyel kan basıncı 140/80 mmHg, kalp hızı 174 atım/dk, vücut ısı 36,2 °C ve SpO₂ %100 olarak saptandı. Çekilen 12 derivasyonlu EKG'de dar QRS'li, düzenli ritimli, P dalgalarının seçilemediği SVT izlendi. İlk olarak vagal manevralar uygulandı; yanıt alınamaması üzerine 6 mg ve ardından 12 mg adenoazin intravenöz hızlı puşe şeklinde verildi. Adenozine de yanıt alınmaması üzerine 5 mg metoprolol intravenöz yavaş infüzyon şeklinde uygulandı ve normal sinüs ritmi sağlandı. Kalp hızı 80 atım/dk'ya geriledi. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı, elektrolitler, tiroid fonksiyon testleri ve kardiyak belirteçler normaldi. Obstetrik değerlendirmesinde anne ve fetus açısından akut patoloji olmadığı teyit edildi. Klinik izlemi esnasında stabil seyreden hasta kardiyoloji poliklinik kontrolü önerisi ile taburcu edildi.

Gebelikte SVT yönetiminde erken tanı, yakın monitörizasyon ve basamaklı tedavi yaklaşımı kritik öneme sahiptir. Bu olgu, hemodinamik olarak stabil gebelerde adenozine yanıtız SVT'nin metoprolol ile güvenli ve etkili biçimde sonlandırılabilirliğini göstermektedir.

Kaynaklar:

1. Bekiaridou A, Coleman KM, Sharma N, George D, Liu Y, Gianos E, et al. Clinical significance of supraventricular tachycardia during pregnancy in healthy women. JACC Clin Electrophysiol. 2024;10(7):1304-1312. doi:10.1016/j.jacep.2024.03.014.
2. De Backer J, Haugaa KH, Hasselberg NE, de Hosson M, Brida M, Castelletti S, et al. 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy. Eur Heart J. 2025;46:4462-4568. doi:10.1093/eurheartj/ehaf193.

İlk Psikotik Atak

Betül Tokgöz¹, Dr. Öğr. Üyesi Samet Can Demirci²

¹Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, Ankara, Türkiye

² Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

17 yaşında erkek hasta, son iki haftadır artan okula gitmeme, akademik performansta düşüş, uykusuzluk, sinirlilik ve taşkın davranışlar nedeniyle ailesi tarafından acil servise getirildi. Son günlerde başkaları tarafından izlendiği yönünde paranoid düşünceler, çevreye karşı kuşkuculuk ve davranışsal değişiklikler geliştiği öğrenildi. Son 10 günde davranışlarda belirgin bir hızlanma başladığı; uykunun belirgin şekilde azalması, gece dolaşma, öfke patlamaları ve aile içi çatışmaların ortaya çıktığı bildirildi.

Özgeçmişte daha önce psikiyatrik tanı bulunmazken hastanın 16 yaşından beri esrar kullandığı, son dönemde kullanımın arttığı ve ara sıra alkol aldığı öğrenildi. Soygeçmişte baba tarafında bipolar bozukluk öyküsü mevcuttu.

Psikiyatrik muayenede psikomotor aktivite artışı, hiperaktif davranışlar, düşünce hızlanması ve fikir uçuşması, irritabl duygudurum, paranoid içerikli düşünceler ve grandiyöz ifadeler saptandı. Dikkat dağınıklığı, zayıf içgörü ve bozulmuş yargılama dikkat çekti.

Acil serviste hastanın vital bulguları değerlendirildi, bilinç ve yönelim kontrol edildi ve nörolojik muayene yapıldı. Temel laboratuvar tetkikleri, idrar testleri ve EKG istendi.

Klinik değerlendirmede öncelikle akut manik tablo düşünüldü; maddeyle ilişkili psikotik tablo ve madde ilişkili duygu durum tablosu ayırıcı tanıda değerlendirildi.

Acil serviste ajitasyon ve güvenlik riski nedeniyle hasta düşük uyarınlı ortama alınarak hızlı yatıştırma sağlanması ve güvenli değerlendirme yapılması hedeflendi. İntramüsküler antipsikotik ve antikolinergik enjeksiyon uygulandı. Stabilizasyon sonrası sedatif etkili oral antipsikotik ile tedaviye devam edildi. İçgörünün zayıf olması, belirgin uykusuzluk ve davranışsal kontrol kaybı nedeniyle ergen psikiyatrisi servisinde yatırılarak izlem planlandı.

Kaynaklar:

1. Sunshine A, McClellan J. Practitioner review: Psychosis in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2023;64(7):980–988.
2. Muhrer E, Moxam A, Dunn M, Rosen A, Taylor JH, Camacho P, et al. Acute medical workup for new-onset psychosis in children and adolescents: A retrospective cohort. J Hosp Med. 2022;17(11):907–911.
3. Gupta A, Hall M, Masserano B, Wilson A, Johnson K, Chen C, et al. Trends in resource utilization for new-onset psychosis hospitalizations at children's hospitals. J Hosp Med. 2025;20:710–726. doi:10.1002/jhm.13597
4. Hoffmann JA, Parikh TK, Lorenz D, Goldman MP, Powers EM, Patel SJ, et al. Clinically significant neuroimaging findings among pediatric patients presenting to the emergency department with symptoms of psychosis: a multicenter retrospective study. Acad Emerg Med. 2026;33(1):e70155. doi:10.1111/acem.70155.

Acil Serviste Panik Bozukluk

Gülseren Ölmez¹, Dr. Öğr. Üyesi Burak Erman Menkü²

¹Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, Ankara, Türkiye

² Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş ve Literatür Özeti:

Panik bozukluk, yaşam boyu prevalansı %2-3 olan, tekrarlayan ve beklenmedik panik ataklarla karakterize kronik bir anksiyete bozukluğudur. Patofizyolojisinde, amigdala ve locus coeruleus hiperaktivitesini içeren “Korku Ağı” hipotezi ile solunum kemoreseptörlerinin CO₂ değişimlerine aşırı duyarlılığı ön plandadır. Literatür, acil servislere “göğüs ağrısı” ile başvuran hastaların yaklaşık %25’inde altta yatan temel nedenin panik atak olduğunu; ancak bu hastaların sıklıkla yanlış tanı alarak gereksiz invaziv işlemlere maruz kaldığını bildirmektedir.

Olgu Sunumu:

27 yaşında, kadın, son sınıf hukuk öğrencisi; yoğun kafein tüketimi (4 fincan) sonrası aniden başlayan çarpıntı ve şiddetli “ölüm korkusu” (angor animi) ile gece yarısı acil servise başvurmuştur. Muayenesinde taşikardi ve hiperventilasyona sekonder gelişen karpopedal spazm izlenmiştir. Tetkiklerde tipik respiratuar alkaloz (pH: 7.52, pCO₂: 24 mmHg) saptanmış; EKG ve kardiyak markerların normal sınırlarda olmasıyla organik patolojiler dışlanmıştır.

Ruhsal Durum Muayenesi (RDM) ve Formülasyon:

Hastanın duygulanımı “panic-stricken” (dehşet içinde) düzeyindedir. Düşünce içeriğinde yoğun somatik felaketleştirme (“Kalbim patlayacak”), derealisasyon ve depersonalizasyon mevcuttur. Vaka; genetik yatkınlık, sınav stresi ve kafein provokasyonu ekseninde, bedensel duyumların yanlış yorumlanmasına dayalı Clark’ın Bilişsel Döngüsü ile formüle edilmiştir.

Acil Yönetim ve Sonuç:

Yönetimde organik dışlama sonrası hastaya güvenli alan sağlanmış, “yanlış alarm” mekanizması üzerine psiko-eğitim verilmiş ve diyafram nefesi egzersizi uygulanmıştır. Akut ajitasyon için düşük doz sublingual alprazolam ile stabilizasyon sağlanmış; hasta, uzun dönem tedavi planı için psikiyatri polikliniğine yönlendirilerek taburcu edilmiştir.

Kaynaklar

1. Sung, S. C., Ang, F. J., Earnest, A., Lim, L. E., Jolly, S., Ng, G., ... & Ong, M. E. (2026). Derivation of an updated brief multivariable prediction model to detect panic-related anxiety in emergency department patients with cardiopulmonary complaints. *Frontiers in Psychiatry*, 17, 1750468.
2. Tunnell, N. C., Corner, S. E., Roque, A. D., Kroll, J. L., Ritz, T., & Meuret, A. E. (2024). Biobehavioral approach to distinguishing panic symptoms from medical illness. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1296569.
3. Sung, S. C., Ma, J., Earnest, A., Rush, A. J., Lim, L. E., & Ong, M. E. (2018). Screening for panic-related anxiety in emergency department patients with cardiopulmonary complaints: A comparison of two self-report instruments. *Psychiatry Research*, 263, 7-14.
4. Klevebrant, L., & Frick, A. (2022). Effects of caffeine on anxiety and panic attacks in patients with panic disorder: A systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry*, 74, 22-31.

Emergency Coronary Artery Bypass Grafting in Acute Anterior Myocardial Infarction: A Case Report

Barbod Atashikhoeei¹, Atousa Movafeghbalouchi¹, Utku Baş, MD², Prof. Necmettin Çolak, MD²

¹Medical Student, Faculty of Medicine, Lokman Hekim University, Ankara, Türkiye

²Department of Cardiovascular Surgery, Faculty of Medicine, Lokman Hekim University, Ankara, Türkiye

Background: Acute myocardial infarction (AMI) remains a primary driver of global cardiovascular morbidity, necessitating rapid diagnostic protocols and definitive revascularization to salvage ischemic penumbra.

Case Report: We present the case of a 73-year-old male presenting with an acute anterior MI and complex triple-vessel disease. Diagnostic findings included a 99% critical stenosis and total occlusion in the left anterior descending (LAD) artery, alongside total occlusion of the circumflex artery. The patient underwent emergent triple-vessel coronary artery bypass grafting (CABG) with Left Internal Mammary Artery (LIMA) and saphenous vein grafts. Intraoperative hemodynamic instability required the initiation of intra-aortic balloon pump (IABP) support.

Conclusion: This case underscores the necessity of individualized surgical revascularization for high-risk patients with complex coronary anatomy where percutaneous options are suboptimal.

Sence of severe ventricular dysfunction and impending mechanical complications.

References

1. European Society of Cardiology. ESC Guidelines for acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023.
2. American Heart Association. AHA/ACC/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization. Circulation. 2022.
3. Head SJ, et al. Coronary artery bypass grafting: current practice and future directions. The Lancet. 2018;391(10123):939-948.

KATILIMCI VE KATKI SUNANLAR DİZİNİ

Bu dizinde, panelde görev alan, bilimsel içeriğe ve organizasyon sürecine katkı sunan tüm katılımcılar alfabetik olarak sıralanmıştır.

A

Açıkgöz, Yusuf

Açıkyörük, Semiha

Ağır, Hamza Mesut

Akdoğan, Ahmet

Akinci, Ertuğrul

Aksakal, Seher İrem

Aslanbaş, Elif Su

Atashikhoeei, Barbod

Aykuş, Nursena

B

Baş, Utku

Bayar, Irmak

Bayyurt, Beyza Nur

Bozkurt, Bülent

Bolat, Faruk Emre

Boztaş, Erten

Bulut, Adnan

C

Can, Ufuk

Can, Sibel

Ceylaner, Serdar

Ç

Çelikkale, İlke

Çetinalp, Dilşat

Çolak, Necmettin

D

Dal, Cemre
Demir, Aslı Türkmen
Demir, Orhun
Demircan, Ediz Utku
Demirci, Samet Can
Din, Mustafa Sait
Dündar, Şuayip

E

Erçin, Mehmet Barkın
Ertaş, Nevzat Görkem
Evranos, Banu
Eyce, Nisa Nur

G

Göktaş, Güleser
Güzel, Şeyma Betül Kayhan

J

Javanmard, Hossein

K

Kaçaroğlu, Demet
Karabacak, Ezel
Karabudaki Rifat Utku
Karaca, Ayşegül
Kayıpmaz, Afşin Emre
Kiltan, Yiğit
Kırk, Meryem Kübra
Koca, Muhammed Said
Koşak, Hüseyin

Körpe, Büşra

M

Menkü, Burak Erman
Meral, Pınar
Movafeghbalouchi, Atousa

O

Odabaşı, İhsan

Ö

Ölmez, Gülseren
Özdemir, Duhan
Özdemir, Efekan
Özkardeş, Alper Bilal
Özsürekci, Cemile

P

Pasheava, Indira
Pınar, Azra

S

Söylemez, Abdurrahman Seyidhan

Ş

Şahin, Elif

T

Temiz, Beray
Toker, Ergün Kaan
Tokgöz, Betül
Tukaoğlu, Ayşenur



U

Uçar, Hasan Hüseyin

Ü

Üner, Sarp

V

Vural, Elif Hilal

Y

Yaka, Utku

Yıldırım, Zehra

Yılmaz, Ayşegül

Yılmaz, Merve Nur

Yılmaz, Sena Nur

Yöndem, Ömer Zühtü